ac

DEC 12

Aus der Königl. chirurgischen Klinik zu Kiel.

Zwei Fälle von Appendicitis bei ungewöhnlicher Lage des Appendix in der Magengegend.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Relotius,

approb. Arzt aus Grotegaste (Ostfriesland).

Kiel 1904.

Druck von H. Fiencke.

Aus der Königl. chirurgischen Klinik zu Kiel.

Zwei Fälle von Appendicitis bei ungewöhnlicher Lage des Appendix in der Magengegend.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

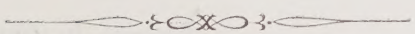
der medizinischen Fakultät

der Königl. Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

vorgelegt von

Heinrich Relotius,

approb. Arzt aus Grotegaste (Ostfriesland).



Kiel 1904.

Druck von H. Fiencke.

No. 55.

Rektoratsjahr 1904/1905.

Referent: Dr. **Helferich.**

Zum Druck genehmigt:

Dr. Graf **Spee,**
z. Z. Dekan.

Meinen lieben Eltern.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153319_0238

Von den Entzündungen der Bauchwand resp. der Bauch-eingeweide beanspruchen die des Coecum und des Processus vermiformis weitaus das größte Interesse. Besonders in den letzten Jahren, nachdem für die therapeutische Behandlung der Blinddarmentzündung immer mehr chirurgische Eingriffe in Aufnahme gekommen sind bei Ärzten und Laien, haben sich die Anschauungen über diese entzündlichen Vorgänge wesentlich geändert, indem durch die Autopsie in vivo unsere Kenntnisse über den anatomischen Befund und die Behandlung erheblich vervollkommnet sind.

Wenn nun auch infolgedessen die Diagnose einer Appendicitis heute leichter zu stellen ist wie früher, so ergeben sich doch garnicht so selten Verhältnisse, die der Diagnose unüberwindliche Schwierigkeiten bereiten. Die Ursache dieses Übelstandes ist in den meisten Fällen die ungewöhnliche Lage und Länge des Wurmfortsatzes. Bei retrocoecalem Sitz des Appendix mit der Richtung nach oben zu wird häufig eine primäre Erkrankung der Leber vorgetäuscht. Die größten diagnostischen Schwierigkeiten können sich bei chronischen Fällen ergeben, die außer unbestimmten Magen- und Darmerscheinungen keine localen Symptome darbieten. Bezüglich der Lage des Blinddarmes mit dem Wurmfortsatz teilt Curschmann zwei interessante Anomalien mit. In dem einen Falle ist das Coecum nach oben umgeschlagen, mit dem Fundus zwerchfellwärts gerichtet, ein Stück des Colon ascendens verdeckend. Der proc. vermiformis erreicht dabei den untern Leberrand; im zweiten Falle liegt das nach oben umgeschlagene Coecum mit dem proc. vermiformis

hinter dem rechten Leberlappen. Beide Patienten erkrankten mit schweren Erscheinungen und zwar wurde im ersten Falle die Diagnose auf umschriebenes peritonitisches Exsudat, im zweiten Falle auf Gallensteinkolik gestellt. In beiden Fällen ergab die Section: Diffuse Peritonitis infolge von Appendicitis perforativa. Heller erwähnt gelegentlich eines Vortrages über Ursachen der Appendicitis 2 Fälle, in denen die Spitze des Processus an der Gallenblase lag; in einem anderen Falle befand sich der Proc. in rechtsseitigem angeborenen Leistenbruchsacke, mit der Spitze angewachsen an einer strahlig eingezogenen Scrotumnarbe; 2 Jahre vorher hatte hier ein Durchbruch stattgefunden. Wie auch die Länge des proc. vermiformis bei eintretender Erkrankung desselben die Diagnose sehr erschweren kann, zeigt ein von Fränkel beschriebener Fall, bei dem das freie Ende des sehr beträchtlich entwickelten Wurmfortsatzes an der linken Seite der Blase ins kleine Becken hinabragte. Es kam zur Perforation mit Bildung eines ausgedehnten Abscesses in der linken Abdominalseite. Zuerst wurde Bleikolik angenommen, da Pat. ein 60 jähriger Schriftgießer war und mit kolikartigen reißenden Schmerzen in der Nabelgegend ohne Fieber erkrankt war. In einem Falle, den Ad. Meusser veröffentlichte, bei dem der proc. vermiformis ins kleine Becken hinabragte, wurde auf Grund von Blasenbeschwerden, die sich bis zu Krämpfen steigerten, die Diagnose bald auf Cystitis, bald auf Tyflitis gestellt, während ein dritter Arzt die ganze Affection für Hysterie hielt. Eigentümlich war noch, daß der Pat. in der letzten Zeit hauptsächlich in der linken Seite die Schmerzen empfand. Zwei ähnliche Fälle erwähnt Decker, bei denen der verlängerte Wurmfortsatz bis ins kleine Becken vorgedrungen war und hier Exsudate gebildet hatte. In dem einen Falle war die Spitze der Appendix mit der Blase adhärent, wodurch heftige Schmerzen beim Urinieren ausgelöst wurden. Über die große Verschiedenheit der Lage und Form des Wurmfortsatzes berichten ferner noch an der Hand mehrerer Fälle Kraussold und Finkelstein. Einen Beitrag zu dem Capitel über die abnormen Lageveränderungen des proc. vermiformis liefern

nun zwei Fälle, die mir zur Bearbeitung von Herrn Geheimrat Helferich gütigst überlassen wurden.

Die Krankengeschichte des ersten Falles ist folgende:

Die 39jährige Frau J. kommt am 22. XI. 02 in die chirurgische Klinik, giebt an, daß sie im März 02 im Krankenhaus zu Eutin an Bauchfellentzündung in Behandlung war. Im Mai wurde sie entlassen. Außerdem will sie an Gallensteinen mit Kolikanfällen leiden (schon seit Februar 1901). Gelb sei sie nicht gewesen. Am 20. VI. trat nun in der rechten Bauchseite, wie Pat. angiebt, ganz rasch eine Geschwulst auf, die seitdem an Größe kaum zugenommen hat. In der Ruhelage hat sie dort keine Schmerzen, wohl aber bei Druck und Bewegungen.

Status: Mittelgroße, kräftig gebaute Frau in mäßigem Ernährungszustande. Hautfarbe im Gesicht, ebenso an den sichtbaren Schleimhäuten blaß. Kein Ikterus. Zunge feucht, wenig belegt. Herz und Lungen ohne wesentlichen Befund.

Puls mittelkräftig, regulär, 120.

Über dem Abdomen zahlreiche Striae, Bauchdecken schlaff, nur über der rechten Bauchseite findet sich eine kuppelartige, kleinkindskopfgroße, prallgespannte Vorwölbung mit hell tympanitischem Klang, über der die Haut bläulich rot verfärbt, sehr straff und dünn erscheint. Diese Vorwölbung bewegt sich augenscheinlich mit dem Rectus, ist daher bei erschlafften Bauchdecken verschieblich, bei fixiertem Rectus dagegen mehr und minder fixiert. Die unmittelbare Umgebung dieser Vorwölbung ist in einer circulären Ausdehnung von ca. $2^1/_2$ cm sehr derb und etwas druckempfindlich, reicht nach links bis über den Nabel, nach rechts bis in die Mammillarlinie, nach oben bis zu zwei querfingerbreit unter den Rippenbogen, nach abwärts bis zu dreiquerfinger oberhalb der Symphyse. Bei Palpation läßt sich hier und da besonders im untern Umfang die derbe Zone der Vorwölbung umgreifen und dabei fühlt man eine derbe Resistenz auch unter dem Rectus. In der ganzen Umgebung der Vorwölbung findet sich tympanitischer Schall, doch von tieferem Klang als über der Vorwölbung.

25. XI. Im Ätherrausch Incision des Abscesses; es entleert sich reichlich übelriechender grünlicher Eiter. Die Abscesshöle ist fächerig eingeteilt. An einer Stelle besteht eine Communication mit der Bauchhöhle. Fühlt man derb mit dem Finger hinein, so hat man das Gefühl, an die Leberoberfläche zu gelangen.

Jodoformgaze, Tamponade, Verband.

29. XI. Absceß granuliert unter feuchten Verbänden gut. Mit der Sonde gelangt man nirgends tief hinein. Im Eiter bact. coli commune.

3. XII. Wunde granuliert rein. Man fühlt unterhalb des Leberrandes einen derben nicht druckempfindlichen Tumor, der beim Aufblähen des Magens nach rechts gedrängt wird, beim Aufblähen des Colons nicht in der Weise nach aufwärts, als wenn ein Leber- oder Gallenblasentumor vorhanden wäre. Das Colon füllt sich auch bis zum Coecum ohne Hindernis. Der Tumor wird beim Aufblähen des Colon nur nach vorn gedrängt.

Chloroformnarkose, Operation. Excochleation der granulierenden Wunde und Desinfection derselben. Eröffnung der Bauchhöhle in der Richtung der granulierenden Wunde nach abwärts. Colon, Netz und Dünndarm sind durch Adhäsionen zu einem dichten Knäuel verbacken und am Leberrand fixiert. Beim Lösen der Verklebungen und Verwachsungen zwischen Dünndarmschlingen und dem Netz wird zerfallenes Fett, die Reste eines Abscesses, sichtbar. Nach Zurückschlagen des Netzes liegt der von Adhäsionen umgebene Proc. vermiform. und das Coecum frei. Das Coecum ist ganz nach oben hinaufgeschlagen; es liegt mit seiner Kuppe nahe dem untern Leberrand. Der Processus ist kurz. Er wird isoliert und die typische Exstirpation gemacht. Eine zweite Übernähung kann nicht stattfinden, weil die Coecumwand zu brüchig ist. Jodoformtamponade, Verengerung der Wunde von unten und von oben her durch durchgreifende Zwirnnähte.

Tamponade, Verband.

4. XII. Pat. bricht, erhält deshalb Kochsalzinfusion und Ernährungsklystiere; Temp. abends 38,2.

5. XII. Kein Erbrechen mehr.

9. XII. Tampons zum Teil entfernt, Nahrungsaufnahme gut.

11. XII. Tampon ganz entfernt, durch neuen ersetzt; Stichkanäle eitrig infiltriert. Entfernung der Nähte, feuchter Verband.

12. XII. Wunde granuliert gut; gutes Allgemeinbefinden.

20. XII. Die Bauchwunde ist bis auf eine wallnußgroße gut granulierende vertiefte Stelle gut geheilt. In den letzten Tagen deutliche Verkleinerung der Wunde. Verbände mit Salben.

22. XII. Secundärnaht; Drain im unteren Wundwinkel.

26. XII. Drain entfernt.

29. XII. Entfernung der Nähte, kleine secernierende Fistel in dem unteren Wundwinkel; feuchte Verbände.

5. I. Wunde bis auf zwei kleine granulierende Stellen geheilt.

Mit Leibbinde und Pflasterverband entlassen.

Bezüglich der Anamnese ist die Angabe über die Bauchfellentzündung von Wichtigkeit, diese ist wohl als das erste in die Erscheinung tretende Symptom der am Coecum sich abspielenden entzündlichen Vorgänge aufzufassen. Freilich ist die Möglichkeit nicht unbedingt auszuschließen, daß diese Peritonitis eine andere Ursache gehabt hat. Sehr häufig ist nämlich die Verwechslung der Appendicitis mit Adnexerkrankungen (Pelveoperitonitis) und die Differentialdiagnose ist um so schwieriger, als eine Combination beider Erkrankungen vorkommt. Der Operationsbefund läßt jedoch die Annahme zu, die im März aufgetretene Peritonitis mit den späteren Erscheinungen als in ursächlichem Zusammenhang stehend, anzusehen. Die entzündlichen Vorgänge am Coecum führten zu Verklebungen des Netzes und des Dünndarms, die am Leberrand fixiert zu Zerrungen Veranlassung gaben, die die kolikartigen Schmerzen auslösten und den Verdacht auf Gallensteine rechtfertigten; hierfür spricht auch das Fehlen des Icterus. Die zerfallenen Fettmassen zwischen

Dünndarmschlingen und dem Netz weisen auf einen Absceß hin, der, jetzt in Resorption begriffen, bei dem ersten Anfalle im März entstanden war, und dessen üble Folgen — diffuse Peritonitis — verhütet werden durch frühzeitig aufgetretene Adhäsionen, wodurch der Absceß abgekapselt wurde und die Peritonitis auf einen kleinen Herd beschränkt blieb. Mit dieser Abkapselung war dann relative Ruhe, bis im November ein Recidiv eintrat, das in kürzester Zeit zur Perforation der Bauchdecke geführt hatte. Es ist dies ein typisches Beispiel für das Schicksal sich selbst überlassener Abscesse. Erst gute Tendenz zur spontanen Ausheilung, dann plötzlich acut einsetzendes Recidiv. Erschwerend für die sofortige Erkennung des ganzen Krankheitsbildes war das Verhalten der Vorwölbung zum Rectus. Die Fixierung mit dem Muskel sprach für einen Absceß der Bauchwand, in der sich, abgesehen von den oberflächlichen subcutanen Abscessen, auch öfters typische musculöse Eiterungen vor allem im Gebiet des Rectus entwickeln. Es hat nun zwar der perityflitische Absceß mehr als jeder andere die Tendenz, sich nach oben hin auszubreiten, indem er den Muskeln der vorderen Bauchwand folgt, die er an jeder beliebigen Stelle perforieren kann. In weiter Ausdehnung zerstört er Muskulatur und Zellgewebe und bietet Veranlassung zu kolossalen Phlegmonen. Langheld veröffentlicht einen Fall, bei dem die Phlegmone nach oben den Bauchdecken entlang bis zur Achselhöhle und nach unten bis zum Knie fortgeschritten war und auch Riedel operierte einen Fall, bei dem sich kolossale Unterminierungen der Bauchhaut entwickelt hatte. Über ähnliche Fälle berichten Graser, Kraussold u. a.

In unserem Falle mußte man jedoch daran denken, daß auch Durchbrüche von seiten der vereiternden Gallenblase eine Rolle spielen und ferner Perforation des Darms nach vorausgehender Verklebung mit der Bauchwand, zumal der hell tympanitischs Klang über der Vorwölbung für eine Gasphlegmone sprach. Die Entstehungsursache der Gasphlegmone ist verschieden. Einmal können die Gase direkt aus dem Darm herstammen, oder sich als Zersetzungsstoffe

der doch in hochgradiger Fäulnis begriffenen Flüssigkeit entwickelt haben. Ferner ist an die Wirksamkeit der vielen gasproducierenden Darmbacterien (Bacillus pyogenes foetidas, Proteus vulgaris u. a.) zu denken. Diese Mikroben sind natürlich nicht in erster Linie als die Erreger der betreffenden Eiterung aufzufassen; sie sind secundär eingewandert und haben in dem zerfallenen Gewebe und in der eiweißreichen Jauche eine günstige Brutstätte für ihre Tätigkeit getroffen.

Erst die Eröffnung des Abscesses nun machte eine genaue Palpation des in Frage kommenden Gebietes möglich; man konnte jetzt einen Tumor unterhalb des Leberrandes abgrenzen, über dessen Beschaffenheit sich sonst jedoch nur eruiren ließ, daß er einerseits nicht mit der Leber und Gallenblase in Zusammenhang stand, andererseits auch nicht etwa eine vom Colon ausgehende oder das Lumen desselben verschließende Neubildung war. Völlige Klarheit konnte nur die Eröffnung der Bauchhöhle bringen, und sie zeigte nun als Grundursache aller Beschwerden eine in ihrem ersten Auftreten schon lange zurückliegende, wegen der abnormen Lage des Appendix nicht erkannte Blinddarmentzündung, bei der die Verlagerung des Wurmfortsatzes nach oben hin Verhältnisse geschaffen hatte, die die Diagnose einer Appendicitis ohne Autopsie unmöglich machten.

Ein wesentlich anderes Bild bei derselben Grundursache wie im vorigen Falle bietet die Krankengeschichte der 25jährigen Dienstmagd M. St.:

Als junges Mädchen bleichsüchtig, seit dem 19. Jahre magenleidend. Seit dieser Zeit häufig Erbrechen und Magenschmerzen. Bei regelmäßiger Diät keine Beschwerden, nur bei Diätfehlern. 20 Jahre alt kurz hintereinander zweimal Blutbrechen, seitdem niemals wieder. In letzter Zeit Wohlbefinden bei richtiger Diät. Gestern Mittag hat Pat. nur einen Teller Milchsuppe genossen, sonst nichts mehr. Heute Nacht 3 Uhr wurde Pat. durch heftige Schmerzen im Leibe geweckt; Schmerz hält an, aber Pat. hat nicht erbrochen. Blähungen nicht abgegangen. Der herbeigerufene Arzt konstatierte aufgetriebenen Leib und hohe Puls-

zahl (140), starke Schmerzen in der Magengegend. Er nahm eine Perforation des Magengeschwürs an, sandte Pat. hierher.

Status: Gesund aussehendes, gut genährtes Mädchen mit belegter trockener Zunge, Abdomen aufgetrieben, kein freier Erguß. Druck aufs Epigastrium und rechts vom Nabel sehr schmerzhaft, Leber in Kantenstellung, keine Dämpfung. Druckempfindlichkeit wechselnd, da Pat. unter starker Opiumwirkung steht.

Operation in Chloroformnarkose.

17. III. 04. In der Annahme eines perforierten ulcus ventriculi großer Schnitt in der Medianlinie. Magen intakt, Peritoneum nicht diffus ergriffen. Das Coecum liegt in der Mittellinie, etwas unter dem Nabel von einem Netzteil bedeckt, welcher mit demselben durch frische eitrig fibrinöse Auflagerung verklebt ist. Nach Lösung des Netzes liegt unter demselben auf und nach innen vom Coecum der processus vermiformis, welcher an seiner Spitze eitrig eingeschmolzen ist und mit dem Coecum ebenfalls durch eitrige Auflagerungen verklebt ist. Exstirpation des Appendix, Tamponade und Drainage des kleinen Beckens.

28. IV. Wunde bis auf handtellergroßen rein granulierenden oberflächlichen Defekt verheilt.

Operation in Chloroformnarkose.

Abtragen der Granulationen, Excision der Wundränder; präparatorisches Freilegen des M. rectus abdominis, welcher beiderseits stark zurückgewichen ist; dabei läßt sich Eröffnung des Peritoneums am oberen Teile der Wunde nicht vermeiden. Auf dem M. rectus wird beiderseits eingeschnitten, so daß die obere und untere Rectusscheide dazwischen der Muskel freiliegen. Katgutnaht der unteren Rectusscheide, zweite Nahtreihe umfaßt den Muskel und die obere Scheide, dritte das subcutane Gewebe, dazwischen alle Schichten durchgreifende Zwirnnähte.

Hautzwirnnaht; Drains zwischen die Nähte. Nach der ziemlich schwierigen und lang dauernden Operation vorübergehender Collapszustand, der durch Tieflagerung des Kopfes, Kochsalzinjektionen, Campher etc. überwunden wird. Am 25. V. geheilt entlassen.

Es ist der Anamnese und den Symptomen nach zu urteilen die Geschichte eines Magenleidens, wie es bei Chlorotischen und Anaemischen so häufig ist. Der acut einsetzende heftige Schmerz mit aufgetriebenem Abdomen und starker Pulsfrequenz mußten im Verein mit den Angaben der Patientin als ein perforiertes ulcus ventriculi imponieren. Und doch verbarg sich hinter diesen anscheinend eindeutigen Symptomen ein ganz anderer Befund. Auch hier war die Ursache der bedrohlichen Erscheinungen eine schon länger bestehende Appendicitis, die in letzter Zeit zu einem acut einsetzenden Recidiv führte mit Perforation und eitriger Einschmelzung des Wurmfortsatzes. Was das Blutbrechen anlangt, so stellt dies eine Komplication der Appendicitis dar, deren Vorkommen anscheinend nicht häufig, und deren Kenntnis nicht sehr verbreitet ist. Nach Dieulafoy, der in „la presse médical 9 année No. 13 6 Fälle von Appendicitis mit Blutbrechen kompliciert veröffentlichte, entsteht die Hämatemesis dadurch, daß es infolge der vom Wurmfortsatz ausgehenden Intoxication zu haemorrhagischen Nekrosen der Magenmucosa, im weiteren Verlauf zu einer Arrosion einer kleinen Magenarterie mit nachfolgender Blutung kommt. Die Hämatemesis ist mehr oder minder heftig und kann sich leicht mehrere Male wiederholen. In manchen Fällen ist der Blutverlust ein relativ kleiner, in andern kommt es rapid zur Verblutung. Jedenfalls ist diese Complication stets von ernster Vorbedeutung. Von 11 Fällen Charcot's, Dieulafoy's u. a. endeten 9 tötlich. Ein von Zypkin veröffentlichter Fall von Appendicitis mit Blutbrechen und schließlichem exitus letalis bestätigte im Sektionsbefunde jedoch nicht die Ansicht Dieulafoy's über die Ursache der Blutung, da Magen und Darm normalen Befund zeigten. Auch ein von Ewald beschriebener Fall von perforierender Appendicitis mit Blutbrechen ergab bei der Sektion vollkommen intakte Magenschleimhaut, dagegen war die Darmschleimhaut stellenweise hochrot injiciert, sammetartig geschwellt und im Darm selbst war noch blutiger Inhalt vorhanden. Auf Grund dieser Befunde wird man in unserem Falle die Ursache des Blutbrechens in dubio lassen

und bezüglich der Richtigkeit der Dieulafoy'schen Ansicht erst weiter Veröffentlichungen abwarten müssen.

Der von Ewald citierte Fall gewinnt noch ein besonderes Interesse für uns, da er neben Blutbrechen sämtliche Erscheinungen eines perforierten ulcus ventriculi bot und eine Appendicitis ausgeschlossen wurde eben auf Grund des blutigen Mageninhaltes und des ursprünglichen Sitzes der Schmerzen in der Magengegend. Die Sektion ergab allgemeine Peritonitis, ausgehend vom perforierten gangränescenten Wurmfortsatz. Die Beschwerden nach Diätfehlern bei unserer Patientin zeigen das Bild der sog. Postappendicitis nach Czerny, einhergehend mit Stuhlträgheit, Verdauungsbeschwerden, zeitweisen Schmerzen, die entweder durch ein Wiederaufflackern des noch nicht definitiv zum Abschluß gekommenen Processes verursacht werden, oder durch Adhäsionen, die bisweilen eine große Ausdehnung annehmen und wohl in keinem Falle ganz ausbleiben. Eine andere Erklärung für obige Beschwerden giebt Crämer, der darauf hinweist, daß bei chronischer Appendicitis, auch ohne daß irgendwie Verwachsungen bestehen, die zu Zerrungen Veranlassung geben könnten; also gewissermaßen rein reflectorisch schwere motorische Insufficienz des Magens sich entwickeln kann, die keiner Behandlung weicht, und erst mit der Beseitigung der erkrankten Appendix vollständig verschwindet.

* * *

Am Schlusse meine Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Geheimrat Helferich für die Überlassung dieser Arbeit und Herrn Privatdocent Dr. Noeske für gütige Unterstützung meinen besten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Curschmann: Deutsches Archiv für klinische Medizin, 1894, Bd. 53.

Czerny: Münch. med. Wochenschrift, 1895, p. 481.

C. A. Ewald: Magengeschwür und Magenblutung, Deutsche Klinik, Bd. V, p. 479.

Finkelstein: Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, Bd. 38, p. 175.

Langheld: Zur Ätiologie der Perityphlitis, Inaug.-Diss., Berlin, 1890.

Ad. Meusser: Über Appendicitis und Typhlitis mit cachiertem und ungewöhnlichem Verlauf. Centralblatt für die Grenzgebiete der Medizin und Chirurgie, Bd. II.

Kraussold: Über die Krankheiten des proc. vermiformis und des Coecum und ihre Behandlung nebst Bemerkungen zur circulären Resection des Darms. Sammlung klinischer Vorträge, No 191.

Fränkel: Deutsche medizin. Wochenschrift, 1891, p. 138.

Graser: Über Wurmfortsatzperitonitis und deren Behandlung. Münch. med. Wochenschrift, 1892.

Decker: Münch. med. Wochenschrift, 1904, No. 28, p. 1277.

Crämer: Münch. med. Wochenschrift, 1904, No. 28, p. 1278.

Heller: Münch. med. Wochenschrift, 1904, No. 37, p. 1667.

Curriculum vitae.

Ich, Johann Heinrich Relotius, wurde geboren am 10. April 1880 in Grotegaste (Ostfriesland) als Sohn des ev. reform. Pastoren Johannes Relotius. Von Ostern 1891 bis Ostern 1899 besuchte ich das Gymnasium zu Leer in Ostfriesland, das ich mit dem Reifezeugnis verließ. Die ersten 4 Semester studierte ich in Erlangen, wo ich das Tentamen physicum bestand. Im 5. Semester diente ich als Einjährig.-Freiw. in Tübingen. Im 6. und 7. war ich in München, vom 8. bis 10. in Kiel, wo ich im März 1904 das Staatsexamen bestand.